

IMPORTÂNCIA TERAPÊUTICA DA INFILTRAÇÃO DE NOVOCAINA

Cirne Lima

(Prof. aposentado de Patologia e
Terapêutica aplicada)

Comemorando seu 50.^o aniversário, a Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre promoveu a realização de um Congresso Médico, marcando, para 15 de Março de 1949, a respectiva sessão inaugural.

O expressivo acontecimento, que tanto se identifica com a aprimoração cultural da mocidade gaúcha, corresponde, brilhantemente, ao propósito que tinham seus ilustres organizadores, de reunir, num só bloco para as solenidades assinaladoras da magna data, os corpos docente e discente do conceituado instituto universitário.

Tiveram, ainda, a delicadeza de convidar, para o aludido certame, as Escolas anexas de Odontologia e de Farmácia.

Tendo exercido o magistério, durante trinta e tantos anos, como titular efetivo de Patologia e Terapêutica aplicadas, ficamos tão intimamente vinculado à vida da Faculdade, que, hoje, embora aposentado, não nos furtamos ao dever de enfileirar-nos ao lado dos docentes de odontologia, para participar, com a apresentação dêste pequeno trabalho, do mencionado conclave científico.

Valemo-nos da oportunidade para esclarecer, antecipadamente, que o nosso único intuito é divulgar os ótimos resultados que temos obtido, em dezenas de casos de nevralgia facial, com o emprêgo da infiltração de novocaína.

Não nos seduz a presunção de poder-mos estudar o fenômeno dor, com tôda a sua complexa rede de variantes classificadoras, etiológicas e patogênicas, tarefa que, transcendendo de muito às nossas possibilidades, não se opõe, todavia, a eventuais digressões através de alguns capítulos em que se desdobra a análise interpretativa da dor.

E, sem nos afastarmos, por assim dizer, do território do V.^o par craniano, tratemos de reunir, do melhor modo possível, conceitos e noções pertinentes ao assunto em estudo, onde quer que posamos obtê-los.

Em suma: — a finalidade capital des-

ta modesta contribuição é ressaltar a notável eficácia terapêutica da infiltração de novocaína, na grande maioria de casos de nevralgia facial.

DEFINIÇÃO

Ninguém ainda definiu a dor com precisão, com clareza, com expressão peculiar à natureza do fenômeno e, sobretudo, às suas inúmeras modalidades de interpretação. Gaston Sortais, o jesuita insigne, no seu "Tratado de Filosofia", chega até a afirmar "que é inútil e impossível definir o prazer e a dor. Inútil, porque não há, no mundo, quem não os tenha experimentado. Impossível, por que são ambos fenômenos simples.

Definir uma cousa é analisá-la; analisar é decompor um todo em seus elementos. Ora, o que é simples não é decomponível e, portanto, não é definível. À falta, porém, de definição propriamente dita, exprimindo a própria essência da cousa, pode-se recorrer à definição causal, que lhe indica a origem.

Assim, o prazer é uma emoção agradável, resultante da atividade satisfeita; a dor é uma emoção penosa, decorrente da atividade contrariada".

E' certo que os fisiologistas, apoiados nas clássicas experiências de von Frey, dizem que "a dor é mais do que a coloração afetiva da sensação tátil, é um sentido particular, provido de receptores especiais, de excitantes específicos e de vias de condução características da sensação dolorosa".

Mas esta definição não se aplica à dor moral e à dor-doença. Por consequência, é natural que se atribua à carência de compreensão suficiente a imensa série de tentativas de definição, cheias de expressões designativas dos profundos abalos que a dor determina, perturbando o equilíbrio somá-

tico e enchendo de sobressaltos e de amarguras o coração humano.

A DOR E A VIDA

A dor, não esqueçamos, é da própria essência da vida. Mas se esta se resume no equilíbrio sinérgico de interrelações funcionais, não é menos exato que "os fenômenos vitais não podem ser encarados como exclusiva e inteiramente subordinados às leis gerais da matéria". "Bem ao contrário — acrescenta Fábio Barros, uma das mais altas expressões da intelectualidade brasileira — podemos afirmar que as forças ou elementos inorgânicos se subordinam harmonicamente às leis da vida. Quero dizer que, conservando embora as suas faculdades e os seus atributos, agindo de conformidade com as suas próprias leis, estão êsses elementos sob a dependência de certos princípios, que desconhecemos, mas que evidentemente modificam aquelas leis simples. A vida não abdica de seus direitos e, nas suas manifestações, não se registrará um fato que seja exclusivamente físico ou químico. Há, sem dúvida, nos fenômenos vitais, uma química e uma física, mas não são as mesmas dos nossos laboratórios.

O que caracteriza a máquina viva — di-lo Claude Bernard — não é a natureza de suas propriedades físico-químicas, mas a criação dessa máquina, conforme uma idéia diretora.

Êsse agrupamento se realiza em consequência das leis que regem as propriedades físico-químicas da matéria. Mas o que é essencialmente do domínio da vida, o que não pertence nem à química, nem à física, é a idéia diretora dessa evolução vital! Segundo Guenau de Mussy, "Simples movimentos moleculares jamais explicarão as eternas idéias de causa, de verdade, de bem, de belo, de infinito, que podem revelar-se no momento de uma sensação, mas que da sensação não derivam, nem com ela se confundem". De Fonsegrives afirma também "que as leis químicas não bastam para explicar a vida porque não é possível passar, por via analítica, do domínio das cousas mortas ao dos seres vivos, da química à biologia". Com as suas belas pesquisas de síntese, Berthelot mostrou apenas uma cousa: é que as leis da química são condições necessárias à vida, porém tôdas as sínteses realizadas no laboratório são inertes e mor-

tas, falta-lhes o fermento da vida. Sem elas, é certo, a vida não pode existir, mas com elas sômente, a vida não se pode revelar". Por outro lado, o professor Carlos Stajano, de Montevideo, fazendo em notável conferência, eloquentes considerações sobre aspectos mal interpretados da patologia tissular, salienta "a complexa função vegetativa, que se estende do mais insignificante capilar até os confins da última organização epitelial, e chega à conclusão de que "firme deve ser a nossa atitude vigilante, ante numerosos fatos que não compreendemos e não podemos compreender, porque ignoramos a anatomia maravilhosamente profusa que inerva nossos tecidos e que é como um mundo imensamente dilatado, um universo inteiro de redes, de plexos, de finíssimas e tênues terminações nervosas, cuja função apenas adivinhamos, num supremo esforço de imaginação".

DOR EXPERIMENTAL E DOR PATOLÓGICA

"E' sempre no homem são que se aplica o estesiômetro, isto é, que se estimula, com a ponta de uma agulha, tão levemente quanto possível e numa superfície limitadíssima, a sensibilidade da pele, para determinar se a dor assim provocada independe perceptivelmente da sensação do tacto. Tudo se resume no propósito único de apenas registrar a pureza da sensação dolorosa. Havemos, pois, de convir que, entre essa dor de laboratório e a dor-doença, as diferenças são impressionantemente notáveis. O homem doente, quando afligido pela dor, fica privado das suas possibilidades de análise, salvo nos casos raros em que, ao contrário, todo êle se encontra no seu próprio sofrimento, dando-lhe estôicamente uma atenção suprema. Tudo na dor é subjetivo. Muitas vezes, não se lhe descobre substrato anatômico bem determinado. Embora aparentemente localizada, ela atinge praticamente todo o indivíduo.

Sua origem, suas causas determinantes são extrínsecas. Mas, em verdade, tudo nela é interior".

Leriche classifica a dor-doença em dois grandes grupos: — a que tem topografia fixa, correspondendo visivelmente à distribuição periférica de um nervo do sistema cérebro-espinhal; e a que é instável, irregular e, sobretudo, influenciada pela afetividade

e pelos choques emocionais. Numa, a sintomatologia fica limitada ao território do nervo atingido; noutra, observam-se perturbações vaso-motoras, tróficas e, por vêzes, fenômenos óculo-pupilares.

Tomemos dois exemplos, prossegue o eminente cirurgião francês: "Eis aqui um homem, cuja doença começou, sem causa, há alguns anos, por súbita e violenta dor ao nível de alguns dentes do maxilar inferior. A princípio, as crises dolorosas ficavam estritamente circunscritas à mandíbula. Nos períodos de acalmia, observa-se sômente dor à pressão em determinado ponto da região mentoniana. Afora isso, o paciente não se sentia enfêrmo. Mais tarde, porém, causas mínimas desencadeavam a crises dolorosas: um acesso de tosse, um espirro, a mastigação, a simples articulação de algumas sílabas. De mês em mês, de ano em ano, os surtos dolorosos foram se repetindo com maior frequência e com maior intensidade, propagando-se à bochecha e ao ângulo naso-geniano. Atualmente, tudo o que exige movimento, por mínimo que seja, dos lábios e da face, basta para provocá-los. Olhando com atenção o doente, o clínico percebe que êle ouve-lhe as exortações animadoras, sem ocultar, entretanto, que alguma cousa o preocupa. De repente, se imobiliza, à eclosão da dor aniquiladora. Na fisionomia, se lhe estampa uma terrível expressão de dor, de dor triste. Fecha os olhos. Os músculos da face se contraem em esgaras e crispções paroxísticas. Fricciona inútilmente os pontos dolorosos, num supremo esforço e desesperado anseio de tranquilidade.

Ao fim de alguns segundos, cessa a crise.

Mas, o doente, por muito ter sofrido, tem sempre fundado receio de que a dor volte. Por isso, renuncia a tudo que possa constituir atividade e movimento. A dor domina tôda a sua vida. Sem poder esquecê-la, evita tudo o que possa desencadeá-la. Não fala. Não se lava. Não se barbeia. Não mastiga. Não escova os dentes. Imobiliza-se, hirsuto e resignado, na meia obscuridade do quarto, sob a constante ameaça da dor renascente. Esta localiza-se num só lado do maxilar inferior. Não ultrapassa a linha mediana. Se atinge o maxilar superior, verifica-se igualmente que não se estende ao lado oposto. Recordando a anatomia do trigêmeo, observa-se facilmente que

a dor ocupa rigorosamente a topografia desse nervo e dela não se afasta, qualquer que seja a duração do tique doloroso diferente. Um homem feriu-se levemente no dedo indicador, muito próximo de uma articulação falango-falangina, ao nível da borda do tendão flexor. Decorridos oito dias, o dedo começa a doer cada vez mais. O paciente sente a palma da mão em fogo. A dor aumenta em extensão e intensidade, sem abandonar sua sede primitiva. Propaga-se depois ao punho, ao antebraço, ao cotovelo e, finalmente, em poucos meses, todo o membro superior é atingido por contínua e indizível sensação de queimadura. A pele se hiperestesia. O mínimo atrito intensifica a dor. Os sustos, as emoções, agravam o sofrimento do paciente, que, geralmente de gênio alegre, antes do acidente, está agora inquieto e angustiado. Segundo Leriche, a topografia dessa dor ascendente não corresponde ao território do mediano, nem do cubital, nem do plexo. Trata-se de uma algia difusa. Em tais casos, mesmo que se seccionem os nervos periféricos, o plexo braquial e as raízes posteriores, a dor persistirá, agravada. E', pois, de acentuado relêvo a diferença que se estabelece entre as duas modalidades de dor: uma se procesando no território de um nervo craniano ou espinal, de topografia fixa; outra decorrente da função centrípeta do simpático". Vem a propósito referir que já foi assunto de algumas teses a evidente semelhança que se observa entre dores centrais, particularmente as de origem talâmica e as algias simpáticas. "Em ambos os casos, segundo Albert Salmon, as dores são difusas, caracterizam-se por sensação de queimadura, acompanham-se de uma indefinível tonalidade afetiva e são agravadas por cânticos tristes, por excitações sensoriais, mas, sobretudo, pelo frio. O fato das lesões talâmicas engendram dores simpáticas confirma a noção de que o tálamo é considerado, por muitos autores, como um centro vegetativo". E' certo que se desconhece a sede precisa desse centro, mas, de outra parte, é vasta a série de casos, exaustivamente estudados por notabilidades científicas, que dão fundamento idôneo à existência de um ou de vários centros vegetativos algógenos na câmara óptica".

FISIOLOGIA DA DOR

E' corrente em fisiologia, que o fenômeno dor tem o seu traçado perfeitamente

determinado e composto de receptores, condutores e centros. Mas não se ignora também, como diz Leriche, "que há uma pequena obscuridade na extremidade do sistema, da qual, entretanto, ninguém cuida, porque ninguém sabe como, no cérebro, a excitação se transforma em sensação e, mais ainda, como se opera a projeção periférica da sensação elaborada. Apesar disso, baseados nos resultados das verificações de von Frey, os fisiologistas consideram a dor como um fato periférico normal, experimentalmente realizável por meio de excitações extrínsecas. Isso contribuiu para que se ampliasse o problema dos receptores da dor. E porque igualmente se acreditasse na possibilidade de se lhe conferir uma solução histológica, a dor, aos poucos, adquiriu foros de sensação específica. Concomitantemente, o método anátomo-clínico isolava na medula os condutores centrípetos da dor, descobrindo ao mesmo tempo sua localização eletiva. Passou-se, então, a admitir a personalidade fisiológica da dor, considerada como sinal de advertência. Mais recentemente, a realidade desse sentido defensivo pareceu confirmada pelo estudo das velocidades aproximativas dos influxos específicos. Essas velocidades de condução variam com a natureza dos acidentes, idênticas dissociações foram feitas, analisando-se as correntes de ação que os influxos nervosos engendram, correntes essas que se diferenciam umas das outras, por desenvolverem velocidade desigual. Erlanger, que as estudou a fundo, atribue à condução de sensação tácteis, térmicas e dolorosas, ondas distintas e características.

Adriano entende também que há múltiplos sistemas de recepção da dor, havendo, entre eles, sensíveis diferenças de comportamento, em face das correntes de ação. De acordo com essas conclusões, a dor teria receptores específicos, condutores especiais, de diâmetro apropriado, através dos quais trajetaria a excitação, desenvolvendo determinada velocidade para cada tipo de dor. Esses condutores agrupar-se-iam na medula, em zona bem delimitada. E o influxo circulante engendraria correntes, de ação diferente das outras".

Ante afirmativas tão categóricas — prossegue Leriche — ter-se-ia de admitir a dor como um fenômeno sensorial, como um fato fisiológico, e não como uma modalidade afetiva do contacto. Mas, a dor do homem que sofre encerra particularida-

des que a distinguem da dor experimental, por não ser um fenômeno intermitente, nem o resultado de uma breve excitação que se repete. Ela é um fenômeno contínuo, com intercorrências paroxísticas, mas com um fundo que se mantém estável, durante meses e anos. É certo que os nervos são infatigáveis, mas é, sem dúvida, singular, para um fato fisiológico essa extraordinária resistência da dor a fadiga. "Além disso, a excitação da dor patológica incide, via de regra, sobre pontos afastados dos receptores especializados. Na nevralgia do trigêmeo, por exemplo, a dor se origina do gânglio de Gasser; nas dores fulgurantes da tabes, ao nível da raiz posterior ou do ângulo espinal. É, portanto, estranhável que a natureza nos tenha dado numerosos receptores, quando é certo que quase todas as dores espontâneas independem deles! Nenhum órgão sensorial funciona assim.

As impressões do gosto e do olfato não se transmitem senão através das papilas linguais e das vesículas olfativas. Ao passo que a dor pode surgir em qualquer ponto, até nas cicatrizes e nos enxertos cutâneos.

Leriche afirma, pois, que há uma dor de origem simpática, isto é, uma dor elaborada nos centros, mas cuja excitação é recolhida pelas terminações centrípetas do sistema simpático, que a conduzem ao centro ganglionar, de onde a mesma se transmite, por via simpática, até a medula. Mas, ao lado das dores provocadas por excitações patológicas dos condutores centrípetos, ou de suas terminações, perfila-se a dor, por vaso-motricidade perturbada. O conhecimento desses fatos reveste-se de considerável importância, porque permite descobrir a profunda influência do fator vaso-constricção na gênese de algumas dores, de etiologia ignorada, especialmente as dores à frigore ou dores por compressão accidental. As infiltrações novocaínicas do simpático confirmam essa interpretação. O grande interesse desse método não consiste apenas no alívio que ele proporciona aos que sofrem, nem no fato de surgirem frequentemente novas indicações. O que lhe dá excepcional relevância, além do valor prático, são as deduções que decorrem de profundo ensinamento fisiológico. As infiltrações novocaínicas provam, realmente, que a dor, oriunda de excitação patológica, incidindo sobre um nervo espinal qualquer, pode ser suprimida, por meio de uma modificação temporária,

realizada à distância, no sistema da vaso-motricidade. Elas ainda evidenciam a interação de um sistema sobre outro, demonstrando, finalmente, que a perturbação de uma função pode ser corrigida por uma ação puramente funcional. "Há ainda a notar que, no sistema de inervação periférica e talvez central, interferem incessantemente fenômenos vitais, movimentos humorais, fatos de nutrição, repercussões de reações remotas, tudo isso determinando a dor e suas exacerbações, em grande número de casos. Ora, esses fenômenos vitais cada um os faz a seu modo. Individualiza-se assim a dor humana.

A influência de uma excitação, cada indivíduo reage conforme o seu próprio temperamento, que se interpõe entre a materialidade do fato e a tonalidade da sensação. Entram igualmente em jogo os valores hormonais, as ações vitamínicas e as reações alérgicas, o que, sem dúvida, revigora a noção do indivíduo no estudo do fenômeno dor. A vida não é positivamente um amontoadito de funções juxtapostas. Tudo nela consiste em trocas orgânicas e interrelações funcionais. E a dor física, nos moldes desse elevado conceito, é mais do que a simples passagem da excitação periférica através de um nervo sensitivo, é a resultante do conflito entre a causa que a determina e todo domínio, como, de resto, no de toda a patologia, é, em suma, a personalidade humoral e vaso-motora que fixa o verdadeiro aspecto do fenômeno".

SISTEMA SIMPÁTICO

A essas noções de conjunto, juntamos agora este esclarecimento complementar importante: "O sistema simpático, segundo definição de Delmas et Laux, é constituído pelo conjunto de elementos nervosos que presidem à marcha dos fenômenos da vida vegetativa. Ora, esses fenômenos são primordiais e fundamentais. Representam a essência da vida de todos os elementos, quaisquer que sejam, cuja reunião forma o indivíduo. Disso resulta que, segundo Guillaume, o sistema simpático é, por excelência, o nervo difuso, o nervo que está em toda a parte, tanto nos órgãos da vida de relação, como nos da vida vegetativa. Longe de ser um complemento, um prolongamento do sistema cérebro-espinhal, deve ser considerado como o sistema nervoso fundamental. Sua

importância é de tal magnitude que, para alguns autores, o sistema cérebro-espinhal, corresponde apenas a uma aquisição secundária, a um aperfeiçoamento regulador da vida de realção. Farto de células e fibras e infinitamente complexo, ele se insinua na intimidade de todos os tecidos, formando uma grande rede, sobre a qual o sistema cérebro-espinhal, em todos os pontos aonde devia levar o influxo nervoso voluntário, projeta o desenho de seus nervos periféricos".

Acrescentemos a essas noções anatómicas o que nos informa Rousseau-Decalle: — "As conexões do trigêmeo com o simpático são tão íntimas, que os gânglios simpáticos-oftálmicos, eseno-palatino, óptico, sub-maxilar e sub-lingual estão ligados aos seus três ramos. E as fibras simpáticas, que vão ter àqueles gânglios, seguem o trajeto do próprio trigêmeo".

"A sensibilidade tátil da face — diz Leriche — é assegurada pelo trigêmeo. Em cima, até o meio do crânio; no lado, até, anteriormente, à orelha; em baixo, até acima do ângulo do maxilar. Os dentes e os maxilares são igualmente inervados pelo trigêmeo, bem como a mucosa das pálpebras, do nariz, da boca e de toda a porção interior da língua.

Nenhum outro nervo interfere na sensibilidade superficial de tais territórios. Quanto à sensibilidade profunda, o nervo que por ela responde é o facial. Em suma, as células originárias das fibras centripetas da face encontram-se no gânglio de Gasser. Ora, Leriche observou em seu notável serviço de clínica cirúrgica, vários fatos de palpitante interesse para o conhecimento das algias da face.

PRIMEIRO — Quando exposta a cadeia simpática cervical, se pinça o gânglio cervical superior ou os seus primeiros ramos comunicantes cervicais ou a cadeia, até o gânglio médio, e, melhor ainda, se se eletrizam esses diferentes pontos do simpático, a essas excitações corresponde intensa dor nos dentes do maxilar inferior, no corpo desse osso e no respectivo ângulo, assim como na articulação têmporo-maxilar. Quando, porém, feita previamente a infiltração novocaínica, as mesmas excitações, com incidência sobre os mencionados pontos, não determinam reação dolorosa.

SEGUNDO — Se se pinça a adventícia da forquilha carotidiana ou a da catótida primitiva, desperta-se a mesma dor, porém atenuada.

TERCEIRO — Se se pinça a face anterior da cápsula própria do corpo tireóide ou o pedículo das paratireóides inferiores, a mesma algia se verifica.

QUARTO — O pinçamento dos primeiros ramos dos nervos cervicais, e especialmente, do grande nervo occipital de Arnold, determina, às vezes, idêntica reação". Isso não quer dizer que todos êsses nervos participem da inervação do maxilar e dos dentes, mas, segundo opina Leriche, êles, quando excitados, produzem fenômenos vasomotores na esfera do trigêmeo, resultando daí a dor, sem lesão ou comprometimento funcional direto do V.^o par craniano. Nós, os odontologistas, temos obrigação de fixar na memória os utilíssimos ensinamentos com que nos brinda a eloquente lição de Leriche, porque há, certamente, dores faciais e dentárias, de origem cervical, em alguns casos até possivelmente determinadas por uma simples adenopatia crônica do pescoço. E temos, por igual, o dever de admitir que "o nervo não é um simples condutor, comparável a um fio elétrico. Vive. Está subordinado a condições físicas, químicas e elétricas. Tem nutrição própria. Sua condutibilidade normal é função de um certo equilíbrio circulatório e de uma certa atmosfera química. Ele tem, pois, necessidade de um equilíbrio com causas desconhecidas das perturbações que o atingem devam ser procuradas nas rupturas interiores dêsse mesmo equilíbrio?" E' fato de observação geral que a isquemia relativa exagera a atividade funcional do nervo sensitivo. Realmente, a vaso-constricção experimental, no homem, é imediatamente seguida de forte dor. As crises constritivas, na síndrome, de Raynaud, despertam dores agudas, assim como as crises isquêmicas dos arteríticos. Os corpúsculos sensitivos têm a envolvê-los uma rica trama vascular, afir. de poderem funcionar normalmente, numa adequada atmosfera circulatória. Além disso, a vaso-constricção perturba profundamente os fenômenos de nutrição local. Os reflexos reguladores normais da nutrição se modificam e, com êles, todos os meios humorais intratissulares. A vaso-constricção, geralmente, é seguida de

surtos de vaso-dilatação, ora ativa, ora passiva, o que denuncia evidente desequilíbrio circulatório.

Êsses distúrbios funcionais justificam a conclusão de que a dor pode ser determinada e mantida por uma vaso-constricção prolongada, responsável pelos distúrbios químicos intracelulares que lhe são substrato. Mas, além dêsses fenômenos de ordem química, que tanto contribuem para agravar a sensibilidade dolorosa, há ainda a notar que as artérias são sensíveis. Entre os exemplos com que Leriche documenta êsse detalhe anatômico, de extraordinária e expressiva relevância para o estudo interpretativo da dor, citemos o mais simples, mas, nem por isso, o menos sugestivo: um homem, privado, por acidente, do plexo braquial, o pinçamento da artéria humeral determina reação dolorosa.

"Os corpúsculos de Vater-Pacini são, em verdade, numerosos no tecido perivascular. Na adventícia arterial, há uma rede nervosa muito densa, feita de fibras amielínicas e mielinicas. E' indubitável que êsse retículo nervoso representa a expansão terminal do sistema vegetativo. E aí constitui uma espécie de sincídio, que envolve as fibras musculares, forma depois um plexo profundo e, finalmente, vai terminar na endoartéria".

passemos às

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

I

J. S., solteira, 26 anos, doméstica, é, certo dia, acometida de intensa dor de cabeça, que lhe deu, por momentos, a impressão de que a faria enlouquecer. Começara ao nível dos molares, no lado esquerdo do maxilar superior, mas em seguida estendera-se a quase todo o crâneo. A instabilidade da localização da dor, a fotofobia, o lacrimejamento e o detalhe, altamente elucidativo, que a paciente forneceu, declarando que tais crises dolorosas costumam preceder, como agora, o período catamantal, fortaleceram a hipótese diagnóstica de distúrbio circulatório, atribuível à hipertonia do simpático, e nos indicaram o caminho a seguir, para pôr em ação a terapêutica que Leriche aconselha. Fizemos a infiltração novocaínica ao nível da temporal superficial correspondente, sem mesmo darmos maior

atenção ao estado dos dentes, acaso relacionáveis com a cefaléia rebelde, visto depender da existência ou não de lesões dentárias, a ação rápida e profundamente sedativa daquela simples e inócua injeção periarterial. O resultado foi maravilhoso: ao fim de dez minutos, a paciente tinha apenas leve sensação de dorido na região occipital. Submetida, mais tarde, por indicação do seu médico, a tratamento antilúético, a opoterapia ovariana e ao uso de óculos corretores de acentuado astigmatismo, a crise dolorosa, no mês seguinte, já um pouco atenuada, justificava a previsão de cura da algia cíclica. Infelizmente, não foi isso o que aconteceu. A dor, seguindo o mesmo ritmo, tornou-se verdadeiramente intolerável, porque, agora, a ação da infiltração novocaínica já não é duradoura, como antes. A dor desaparece, não há dúvida, mas, decorridas três ou quatro horas, ressurge, exacerbada. Um exame de fundo de olho justificou a urgência de uma radiografia da cabeça, dada a clareza com que fundamentava a hipótese diagnóstica de um tumor cerebral. Tratava-se, efetivamente, de um tumor da hipófise. A paciente foi submetida a aplicação de radioterapia profunda, com as quais colheu ótimo resultado, pois libertou-se, temporariamente pelo menos, daquela intensa cranialgia periódica, que embora determinada por tão grave lesão hipofisária, mesmo assim cedia a ação analgésica da infiltração novocaínica.

II

O. C. C., viuva, 49 anos, veio pedir-nos para atendê-la com urgência, porque, mastigando, fraturara o primeiro molar superior esquerdo, começando a sentir, logo depois, ao nível desse dente, dores atrozes. Feita a anestesia interligamentosa para extração do dente, não foi, sem muito trabalho, que conseguimos remover um fragmento da raiz vestibular posterior, pois, para isso, tivemos de recorrer ao escopro e ao martelo. Efetivamente, não fora a ressecção da parede alveolar externa, e, por certo, não lograríamos realizar, como o fizemos, a avulsão integral do dente. Horas depois, a paciente nos telefona, descrevendo, em soluços, o seu profundo sofrimento post-traumático.

Feita que foi a injeção de novocaína, ao longo da artéria temporal superficial esquerda, cessaram, em poucos minutos, os

fenômenos dolorosos! E' oportuno referir que, em trabalho que publicou sobre "O papel do simpático nos traumatismos acidentais da face e nas fraturas dos maxilares", Dechaume, estomatólogo francês, formula as seguintes conclusões:

- a) há simpatalgias faciais com edema post-traumático;
- b) elas são favoravelmente influenciadas pelas injeções periarteriais de novocaína;
- c) seria talvez aconselhável, para feliz evolução das feridas da face, fazer-se sistematicamente a injeção periarterial de novocaína, a título profilático.

Comentando, linhas adiante, duas observações clínicas, Dechaume diz ainda o seguinte: "O primeiro caso caracterizou-se pela evolução particularmente feliz de uma fratura complicada, com reações celulares. O segundo caso, porém, é infinitamente mais interessante. No lado esquerdo, mau grado um profundo traumatismo operatório, e, uma fratura aberta na boca, não houve a mínima complicação celular. Mas, no lado direito, onde não fora feita a injeção perifacial de novocaína, por se tratar de fratura incompleta, sem que nenhum dente aparentasse ocorrência de mortificação polpar, sobrevieram complicações celulares".

São realmente, merecedoras da nossa maior atenção as conclusões do operoso estomatologista, porque, nos casos a que alude, faz ressaltar, principalmente, a influência comprovada do simpático, não só no trabalho de defesa local, contra a agressão microbiana, como na precocidade da ação reparadora das lesões osseas. De resto, segundo Leriche e Policard, "toda construção ossea obedece a um transporte, a pequena distância, de materiais calcáreos, determinados por um fenômeno de hiperemia". Anos decorridos, no *Journal Médical Français*, Leriche pergunta: — "não será a hiperemia, após a infiltração novocaínica, que acelera a formação do osso, como experimental e clinicamente, o faz a simpatectomia periarterial?"

Seja como fôr, o que se evidencia, incontestavelmente, e que o estudo fisiopato-

lógico do simpático corresponde, para nós, odontólogos, tão nítida e tão profunda é a sua influência na genese e na evolução de variados processos mórbidos, que se incluem com destacado relêvo, nos domínios da odontologia.

III

M.A., 23 anos de idade, solteira, veio ao consultório, por indicação de seu médico assistente, afim de verificarmos a existência ou não de causa dentária explicativa de uma febrícula rebelde. O único dente a que pelo exame clínico, se poderia atribuir qualquer relação com aquela moderada reação térmica, era o primeiro molar inferior direito, profundamente cariado. A respectiva radiografia, embora não registrasse sinais evidentes de lesões graves, era de molde, entretanto, a tornar suspeito o dente em questão. Resolvemos, pois, extrai-lo, mas a fratura da corôa, aos primeiros movimentos de luxação, exigiu o emprêgo do escopro e do martelo, para avulsão integral das raízes. A operação, contra a nossa expectativa, foi demorada e traumatizante. Ao fim de três horas, cessada a ação da anestesia troncular, sobrevieram dores fortes em todo o território do maxilar inferior, com propagação para o ouvido e região temporal correspondentes. A paciente, em seguida, passou a usar e abusar de analgésicos, até que, desanimada de conseguir, por êsse meio,, alívio definitivo da dor, recorreu novamente a nossa assistência. Fizemos, então, imediatamente, a infiltração perifacial de novocaína. O resultado, verdadeiramente notável, pela rapidez da ação analgésica, justifica eloquentemente a conclusão de que, sobretudo, nos casos de dor determinada por traumatismo cirúrgico, não há, atualmente, nos domínios da clínica odontológica, nenhum método terapêutico melhor do que a infiltração novocaínica.

IV

D.M., 23 anos de idade, veio ao consultório para submeter-se à extração do primeiro molar inferior direito, em cuja corôa, fraturada, havia uma aresta cortante que lhe feria a língua. Meses antes, fomos obrigados a extrair-lhe o segundo molar inferior esquerdo, cuja remoção, sobre não ter sido totalmente indolor, produziu, pela ação do traumatismo, profundo chalo físico e moral.

Durante mais de uma semana, a paciente esteve com o rosto edemaciado e sentindo dor. Agora a espessura dos séptos alveolares, nitidamente visível na radiografia, representava, para nós, uma séria advertência. Se, no caso anterior, a operação fôra trabalhosa e demorada, e, mais ainda, acompanhada de edema e dor post-operatórios, no atual, não seria, por certo, menos profundo o traumatismo. E, muito embora tivéssemos recorrido ao emprêgo do escopro, ressecando a parede alveolar externa, a abundância de saliva e a facilidade com que as raízes se partiam, sob a ação da alavanca, dificultavam extraordinariamente a execução do trabalho cirúrgico, tornando-o demorado e extenuante. Logo depois de extraídas as raízes, instalou-se o edema facial, ao nível da região operada. Fizemos a infiltração novocaínica perifacial. A paciente, não só ficou imediatamente sem dor, como não teve a mínima complicação post-operatória. Tudo se normalizou em menos de uma semana. Daí em diante, resolvemos empregar, como Dechaume, a título profilático, nos traumatismos cirúrgicos dos maxilares e da face, a infiltração periarterial de novocaína.

V

C.T.G., casada, 48 anos de idade, residente no interior do Estado, sofrendo, há alguns anos, de pertinaz dor de cabeça, longo tempo rotulada de enxaqueca, recorreu aos nossos serviços, afim de opinarmos sobre a existência ou não de causa dentária, direta ou indiretamente relacionada com a cranialgia. O exame clínico, não obstante a verificação de muitos sinais objetivos, capazes de justificar resposta afirmativa, não podia, entretanto, prescindir da pesquisa radiográfica, sob pena de não poder resistir à mais leve objeção. Resolvemos, pois, radiografar, em tôda a extensão, ambas as arcadas dentárias. Mas, quando colocamos na boca da paciente a primeira película, aplicando-a à parte anterior da abóbada platina, provocamos, por isso, violento reflexo nauseoso, impossibilitando a realização indispensável do exame radiográfico. Nessa ocasião, a cefaléia, intensa, era, no dizer da paciente, desesperadoramente incompatível com a capacidade de resistência de seu organismo combatido. E, de fato, a eloquência expressional da sua

fisionomia, acrescida de distúrbios vasomotores, de fotofobia, de lacrimejamento, dava confirmação irrecusável àquela assertiva. Todavia, se tais sintomas não bastassem para firmarmos o diagnóstico clínico de simpatalgia craniofacial, mesmo assim não adiaríamos o emprêgo da infiltração novocaínica, porque, quem lhe conhece a rapidez de ação e, em casos idênticos, a profunda eficácia dominadora da crise dolorosa, não pratica a deshumanidade de permitir que se prolongue tão aniquilante sofrimento. Jamais esqueceremos as expressões de reconhecimento com que, instantes depois de feita a injeção de novocaína, perlongando a temporal superficial, a paciente louvou e bemdisse a nossa intervenção, mercê da qual a dor cessara completamente. E não se resumiu apenas nisso o resultado da infiltração novocaínica, pois que, realizada a analgesia, desapareceu também o reflexo nauseoso, que, momentos antes, impossibilitara a obtenção de radiografias intrabucais. Foi assim que se tornou possível a realização dessa pesquisa, de inestimável importância para o estudo minucioso do caso em aprêço.

Infelizmente, a paciente, por motivos que a obrigaram a se afastar, com urgência da capital, não pôde voltar ao consultório. Mas a clareza da simtomatologia e o expressivo resultado do tratamento, no combate à dor, evitam que, pelo fato da paciente se ter ausentado, careça de valor a presente observação clínica.

VI

D.C.A., 23 anos, solteira, vem sofrendo há quase um mês, de pertinazes dores faciais que o frio e as emoções exacerbam. O ponto de partida da nevralgia está compreendido na região dos molares superiores, do lado esquerdo, onde, aliás, nada de anormal se percebe. O único dente, que se pode considerar suspeito, é o incisivo lateral do mesmo lado. Vê-se, em sua face mesial, uma pequena obturação a porcelana sintética, datando de dois meses, segundo informa a paciente. Esta é tipicamente simático-tônica, tão frequente são e tão visíveis, no rosto, as alternativas vasomotoras,, sob influência de causas insignificantes. Depois radiografado o incisivo lateral, fizemos, na região temporal correspondente, a injeção periarterial, solução a 1% de no-

vocaína, obtendo, em menos de dez minutos, o mesmo extraordinário resultado dos casos anteriores referidos. A dor cessou completamente. Dois dias depois, estando o incisivo lateral sensível à percussão e ao calor, resolvemos trepaná-lo. A polpa estava, macroscopicamente, lesada, diremos melhor: em franca decomposição. A partir desse momento, tornou-se conhecido o substrato anatomo-patológico da nevralgia facial. E ficou, igualmente, mais uma vez, demonstrado que a infiltração novocaínica periarterial, mesmo nos casos em que a dor pareça provir de um processo inflamatório, atingindo, neste ou naquele ponto, o V.^o par craniano, é sempre útil e de notável eficácia a ação analgésica daquele tão simples recurso terapêutico.

Terminado o tratamento foi o dente convenientemente obturado. Atualmente, a paciente afirma, agradecida, que a cura se fez completa.

VII

M.N.S., 45 anos de idade, enfermeira da Santa Casa desta Capital, desde 1943. Atualmente está trabalhando no Hospital São Francisco. Há três anos, mal se restabelecera de uma gripe rebelde, de forma pulmonar, começara a sentir dor forte e contínua na região frontal, ao nível da arcada superciliar de ambos os lados, com predominância, porém, no esquerdo. Seu médico assistente, atribuindo a dor a uma provável sinusite frontal, encaminhou-a ao especialista. Êste, embora fossem negativos os exames radiográficos e transiluminador, prescreveu-lhe tratamento com penicilina. Foram-lhe injetadas 1 milhão e 200 mil uu. com isso, a paciente melhorou. A dor abrandou, assim como a sensação de calor e de ardência que tinha nos dois olhos. Essa melhora, entretanto, foi passageira. Aplicada, então, a sulfamaidoterapia, a paciente voltou a melhorar. Por essa ocasião, no curso de nova intercorrência gripal, houve violenta recrudescência da dor. Logo que teve alta, aconselharam-lhe que fôsse ao serviço odontológico da Santa Casa. Examinados os dentes, o único considerado suspeito (segundo molar esquerdo), foi extraído. Mas a dor, sempre naquele mesmo ponto, persistia. Fizemos-lhe diatermia, sem resultado apreciável. Lembramos-lhe a necessidade do exame de olhos. Passou a usar ócu-

los, para corrigir estigmatismo. Nada disso lhe fez bem. Apelamos, então, para as infiltrações novocaína, a 1%, em água destilada esterilizada. Fizemos a primeira ao nível da artéria temporal superficial esquerda. A dor, logo depois, diminuiu consideravelmente, e assim se manteve durante quinze dias. Repetimos a infiltração, fazendo-a, porém, no lado direito. No dia seguinte, a paciente estava sem dor. Decorridos vinte e cinco dias, mais ou menos, a paciente voltou ao serviço, dizendo que se considerava curada, mas tinha a impressão de que, no lado esquerdo, algo havia ainda de anormal. Infiltramos-lhe novamente, ao nível da temporal superficial esquerda, mais dois cc. da mencionada solução de novocaína. E a cura se fez, completa. Até hoje, (2-3-1949) decorridos três anos, a paciente continua absolutamente sem a dor.

VIII

N.C., 48 anos de idade, funcionária pública estadual, veio à nossa procura, no dia 12 de abril de 1946, recomendada por seu médico assistente. Contou-nos minuciosamente a história pregressa e atual de seus padecimentos. Estava correndo o risco de ser aposentada por invalidez, porque já não podia trabalhar, consoante as exigências do cargo que ocupa. Mal começava a escrever, e a dor, intensa, indo do lado esquerdo da mandíbula à região temporal correspondente e, não raro, propagando-se à região occipital do mesmo lado, perturbava-lhe a visão e as idéias. E não podia prosseguir. Já se submetera, sem proveito, a tratamento oftalmológico, dentário e otorinolaringológico, tudo complementando exame clínico geral, acrescido de pesquisas radiográficas e laboratoriais. Em face desses informes, não vacilamos. Infiltramos-lhe ao nível da artéria temporal superficial esquerda, dois cc. de novocaína a 1%, em água destilada esterilizada. A melhora foi imediata, cessou completamente, ao fim de quinze minutos. Fizemos-lhe, um mês depois, outra infiltração no lado direito. E, transcorrido mais um mês, repetimo-la no lado esquerdo. Esta última infiltração foi feita no dia 8 de junho de 1946, e até a presente data, (2-3-1949) a paciente sente-se curada.

IX

A.L.L., 54 anos de idade, funcionário público federal. Em setembro de 1946,

veiu ao consultório em busca de alívio para uma pertinaz nevralgia facial esquerda, atingindo zonas inervadas pelos dois ramos maxilares do trígêmeo. No momento da consulta, falava com dificuldade, por causa da dor que sentia, profunda e contínua. Injetamos 2 cc. de solução a 1% de novocaína ao lado da artéria temporal superficial esquerda. Ao fim de vinte minutos, mais ou menos, a dor cessou, tornando, assim, dispensável, a infiltração ao nível da artéria facial correspondente. O paciente, podendo falar tranquilamente, descreveu seu caso, acentuando que datavam de três anos os seus sofrimentos, por causa dos quais foram-lhe extraídos treze dentes, alguns aparentemente sãos. Fez uso, por vezes, imoderado, de comprimidos analgésicos. Tudo em pura perda. Agora, porém, animado com o benéfico efeito daquela injeção, tinha esperança de ficar bom. Após uma semana que passara sem dor fizemos-lhe outra infiltração no mesmo ponto e, no dia seguinte, mais uma ao nível da artéria facial correspondente. Em janeiro de 1949, quase três anos depois, o paciente voltou a sentir dor forte localizada na crista alveolar inferior esquerdo, dor que parecia relacionada com uma ponta óssea, a que correspondia, na gengiva, uma pequena área de isquemia. Fizemos a respectiva ressecção, tendo o paciente melhorado. Não repetimos a infiltração de novocaína, porque o paciente, obrigado a seguir, com urgência para o interior, não pôde voltar ao consultório.

X

M.V.P., 49 anos de idade, funcionária pública. Presa de intensa nevralgia facial, de evolução paralela à de um herpes zoster, localizada, principalmente, pouco acima da arcada superciliar direita, submeteu-se à infiltração de novocaína a 1% ao nível da artéria temporal superficial correspondente. Melhorou consideravelmente da dor e, segundo o oculista que a tratava, da própria circulação ocular. Fizemos-lhe, após uma semana, outra infiltração. E as melhoras foram se acentuando até a cura, que se processou pouco tempo depois.

XI

C.P.O., 82 anos de idade, de profissão doméstica. Queixava-se de dor na hemiface direita, perlongando o trajeto do

dentário inferior. Excluída a causa dentária, recorremos à infiltração de novocaína, ao nível da artéria facial correspondente. A dor cessou, mas, passados dois meses, reapareceu, atenuada. Repetimos o tratamento e a paciente ficou boa.

XII

A.G., 39 anos de idade, casada, sofra, há muito, de atroz nevralgia facial. O quadro sintomatológico não deixava dúvida quanto ao aspecto clínico das crises dolorosas.

De resto, a própria paciente nos disse que o seu mal só seria solucionado pela cirurgia. Ela bem o sabia. Entretanto, queria experimentar o tratamento pelas infiltrações de novocaína. Com pequenos intervalos, em duas semanas, fizemos-lhe cinco. O alívio, como tudo indicava, era passageiro. A paciente foi, mais tarde, operada pelo professor Eliseu Paglioli, que fez, com a pericia que lhe é habitual, a secção de trigêmeo.

XIII

A.R., 51 anos de idade, professora pública. Queixava-se de antiga e rebelde nevralgia facial esquerda, com a propagação da dor a região occipital e à nuca. Excluída a causa ocular, cujos defeitos, vidros adequados corrigiam, era necessário que procedêssemos ao exame do aparelho dentário. Este foi negativo. Recorremos, então, à terapêutica sintomática. Fizemos-lhe, por três vezes, durante um mês, infiltração de novocaína a 1% peri-temporal superficial esquerda. O tratamento, terminado em Junho de 1947, deu ótimo resultado. A paciente ficou curada.

XIV

R.M.C.L., menina de 11 anos de idade. Início aparente do quadro mórbido: — forte otalgia do lado direito, que cede, em poucos dias, a aplicação de iodo nascente. Cessada a dor, porém, surgem sintomas de gripe: — febre, mialgias, artralgias, abatimento, inapetência. Instituído o tratamento, esboçam-se rápidas melhoras. De fato, em poucos dias, a paciente entrou em convalescença. Foi nesta fase da doença que começou a nevralgia na hemi-face direita. O uso de comprimidos analgésicos

pouco adiantou. Recorremos à infiltração de novocaína peri-temporal superficial direita, e a nevralgia cessou, sem demora e sem recidiva.

XV

Em 1945, quando ainda interna no Serviço Odontológico da Santa Casa de Misericórdia, a nossa saudosa colega Dinah Dutra Ferreira publicou, em "Rio Grande Odontológico", a seguinte observação clínica:

H.O., operário, solteiro, com 25 anos apresentou-se ao Serviço Odontológico da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, declarando estar sofrendo há 2 dias de uma dor atroz ao nível da região, segundo ele nos indicava, dos molares superiores, do lado esquerdo, dor esta que se intensificava gradativamente, a ponto de deixá-lo totalmente vencido. Declarou ele ainda que a dor, a princípio bem localizada, fora se propagando por toda a hemiface esquerda, bem como pelo crâneo do mesmo lado.

Realmente a fisionomia abatida do paciente fazia perceber, mesmo ao observador pouco atento, o sofrimento de que era vítima. Notava-se, além disso, ligeiro edema da face na região situada adiante e abaixo da apófise piramidal do maxilar superior. A Conjuntiva esquerda apresentava-se intensamente hiperemiada.

Fazendo o exame da cavidade bucal, desconfiamos logo de que o primeiro molar superior fôsse a origem do mal, pois que ele fôra a tal ponto destruído pela carie, que dele só restavam as raízes.

Feita uma levíssima pressão com a pinça sobre uma das raízes, o paciente não pode reprimir um grito de dor, revelando a existência de eritre no período agudo. Como os dentes vizinhos não apresentassem sinais suspeitos, não tivemos dúvida que toda aquela sintomatologia traduzia um abscesso em formação, originado no primeiro molar superior esquerdo.

As circunstâncias não aconselhavam, entretanto, extração imediata das raízes infectadas, razão porque recorremos a aplicação da solução de novocaína, segundo a técnica de Leriche, com o fim de aliviar o sofrimento do paciente, antes de providenciarmos no sentido de combater o processo inflamatório.

Pela palpação, sentimos o pulsar da

artéria temporal superficial, adiante do pavilhão da orelha, e introduzimos a agulha paralelamente ao trajeto da artéria; logo abaixo da pele. Injetamos aí vagarosamente 2 cm. de solução de novocaína a 1%.

Injetada a última gôta e retirada a agulha, notamos, não sem certa surpresa, que o paciente adormecera. E' que o sofrimento contínuo e intenso o esgotara e, a primeira sensação de alívio, todo seu organismo se relaxou, como que a recobrar-se da tensão das horas de sofrimento.

Despertando depois de alguns minutos, o paciente declarou estar completamente aliviado. Já, então, outra era a expressão do seu rosto, tendo-se-lhe distendido as feições; a conjuntiva também se beneficiara do efeito da novocaína, apresentando aspecto normal, sem a hiperemia que lhe notáramos a princípio.

XVI

J. K. C., 32 anos de idade, advogado, sujeitou-se à extração do terceiro molar esquerdo. A operação, embora bem sucedida, fôra laboriosa e traumatizante. A dor post-operatória, ainda muito forte três dias depois, foi eficazmente combatida por uma só infiltração peri-facial de novocaína a 1%, a qual exerceu, também, ação favorável sobre o edema, apresentando-lhe a regressão.

XVII

A. A., 48 anos de idade, casada, padecia, com frequência, de algias faciais, quase tôdas de causa dentária. Certa vez, é acometida de dor tão intensa na hemiface esquerda, que o globo ocular, também hipersensível, parecia imerso em sangue. Infiltramoss-lhe 2 cc. de solução de novocaína a 1% ao nível da temporal superficial esquerda. Decorridos 20 minutos, com o desaparecimento completo da dor, a paciente sentiu-se tão bem que, ao envez de regressar à casa imediatamente, ainda foi fazer compras.

XVIII

Z. R., 22 anos de idade, solteira, foi súbitamente acometida, em fins de 1947, de espasmo doloroso do masséter direito.

Atribuiu o acidente a um golpe de ar frio, agravando as condições patológicas do respectivo 3.º molar inferior. Este foi ex-

traído, mas não houve melhora da dor, nem da reação espasmódica. Recorremos, dois dias depois, à infiltração de novocaína peritemporal superficial direita. A dor cessou passados uns 15 minutos, e o masséter, numa semana apenas, readquiriu seu tono normal.

XIX

J. B., 62 anos de idade, vinha, há muito sofrendo de dores na face e na cabeça. Os dentistas consultados foram, aos poucos, extraindo-lhes todos os dentes. E a dor persistia, insuportável. Um filho, médico, do paciente, apesar da gravidade do caso, sob o ponto de vista da dor, quiz tentar as infiltrações de novocaína. Feita a primeira, temporal superficial esquerda, houve ligeira melhora de pouca duração. As subsequentes, em número de cinco, produziram apenas alívio momentâneo. O paciente só ficou restabelecido, depois de operado pelo professor Eliseu Paglioli.

XX

Z. V., 25 anos de idade, casada, apresentava sintomas atribuíveis à sinusite maxilar aguda, lado esquerdo. Dor intensa na face, no olho esquerdo, na região malar. Ligeiro coriza aquoso. Não sentia dor de dente. Infiltramoss-lhe 2 cc. de solução de novocaína a 1%, ao nível da artéria temporal superficial esquerda e a dor cessou, meia hora depois.

COMENTÁRIOS

Embora constitua assunto de todos os dias, é tão grande a variedade de suas exteriorizações clínicas, tão desconcertantes, por vêzes, a pesquisa de suas causas, a irregularidade de seu quadro sintomatológico e as surpresas, positivas ou negativas, dos respectivos tratamentos, que, por banais que pareçam, à primeira vista, todos os casos de nevralgia facial devem ter ampla divulgação.

Raro é aquêle que não oferece ao clínico profunda lição orientadora de rumos mais seguros a percorrer, tanto na observação e no estudo dos sinais objetivos, como na procura de tôdas as causas correlacionáveis com o quadro nevrálgiforme.

Desde o interrogatório, bem conduzido, até a análise minuciosa e a valorização se-

miótica de todos os sintomas, locais e gerais, o clínico, que tem de ser, por igual, psicólogo, nem sempre consegue, ao primeiro exame, firmar o respectivo diagnóstico.

Ora, porque, além das causas aparentes, se deve pensar na possível existência de concausas, somente reveláveis por pesquisas subsidiárias; ora, porque o próprio conjunto sintomatológico poderá apresentar elementos justificativos de dúvida e indecisões.

Entretanto, em todos os casos de nevralgia facial, a máxima preocupação do clínico, desde o primeiro exame, deverá constituir no estabelecimento, tão rapidamente quanto possível, do diagnóstico diferencial.

Não tem sido essa, entretanto, a nossa orientação. Nos casos supra, por exemplo, fizemos sempre a terapêutica sintomática. Depois de dominada a reação dolorosa, então, sim, apuramos as nossas pesquisas, no sentido de descobrir-lhe a origem. E parece que temos agido bem.

CONCLUSÕES

I

Em todos os casos de nevralgia facial, quaisquer que sejam as respectivas causas, há indicação indiscutível para o emprego da infiltração de novocaína.

II

Reconhecida a eficácia de sua ação analgésica e, mais do que isso, a sua absoluta inocuidade, ela pode e deve ser empregada, sob a forma de tratamento sintomático, cujas múltiplas vantagens dispensam encarecimento.

III

O simples fato de produzir alívio imediato da dor, sem expôr o dente ao mínimo risco, confere-lhe excepcional importância e facilita sobremaneira o desdobramento do exame clínico.

IV

Da leitura das observações supra, verifica-se que foram as mais diversas as cau-

sas determinantes de reações nevralgiformes da face. Entretanto, em todas elas, a infiltração de novocaína deu bom resultado: na grande maioria, produzindo cura aparente, confirmada pelo tempo; noutras, de ação fugaz, mas sempre de franco alívio para os doentes.

V

A técnica da infiltração é facilíssima: — basta ter-se o cuidado de fincar previamente a agulha, paralelamente a artéria, observando-se, há ou não refluxo de sangue, pelo respectivo pavilhão. Em caso negativo, adaptar a seringa e fazer lentamente a injeção.

VI

Se a etiopatogenia da dor ainda constitue profundo mistério, que nos fique sempre à mão, para os casos de nevralgia facial, a infiltração de novocaína sempre eficaz e inócua até nos hipertensos.

BIBLIOGRAFIA

Albert Salmon. — "Le rôle du système sympathique dans la physio-pathologie de la douleur". — "La Presse Médicale". — 15-Juin-1938.

Carlos Stajano. — "La patologia dentaria en sus relaciones con la medicina y la cirugía general". — Montevideo. — 1938.

Cirne Lima. — "Odontologia e Medicina". II série. — Porto Alegre. — 1939.

Delmas et Laux. — "Anatomie Médico-Chirurgicale du Système Nerveux Végétatif". — Paris. — 1938.

Fábio Barros. — "Oração de abertura dos cursos na Faculdade de Medicina de Porto Alegre". — "Revista dos Cursos". — Abril-1924.

Gaston Sortais. — "Traite de Philoophie". — Tome I. — Paris-1921.

M. Dechaume. — "Le rôle du sympathique dans les traumatismes accidentels de la face et dans les fractures des maxillaires". — "La Presse Leriche". — "La chirurgie de la douleur". — Paris-1935.

R. Thurel. — "Nevralgie faciale et alcoolisation du ganglion de Gasser". — Paris-1942.

Rousseau-Decele et Raison. — "Pathologie bucale". — Paris-1939.